

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N° 420

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy WAGNIER

Né le 27 Juillet 1915, à Amiens (Somme).

Présentée et soutenue publiquement le 24 Novembre 1944.

LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
DES
GRANDS KYSTES NON PARASITAIRES
DE LA RATE

(TRAITEMENT CONSERVATEUR)

Président : M. CADENAT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy WAGNIER

Né le 27 Juillet 1915, à Amiens (Somme).

Présentée et soutenue publiquement le 24 Novembre 1944.

**LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
DES
GRANDS KYSTES NON PARASITAIRES
DE LA RATE**

(TRAITEMENT CONSERVATEUR)

Président : M. CADENAT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1944



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau,
Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann,
Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte,
Loeper, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié,
Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	IEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBRE (R.).
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET.
Clinique des maladies infectieuses	DELAY.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	ALAJOUANINE.
Clinique des maladies du système nerveux	BENARD (H.).
	LAROCHE (G.).
Cliniques médicales	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHT.
Clinique Stomatologique	DECHAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	N...

Pathologie exotique	MM.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER.
Pathologie médicale	LEMAIRE.
Pathologie et thérapeutique générales	MOREAU.
Pharmacologie et matière médicale	DE GENES.
Physiologie	HAZARD.
Problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>) ..	BINET (Léon).
Puériculture	RICHET (Charles).
Radiologie médicale	LELONG.
Stomatologie	DESGREZ (H.).
Physique médicale	DECHAUME.
Technique chirurgicale	STROHL.
Thérapeutique	MOULONGUET.
	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N. et DEBEYRE.	PADOVANI. PATEL.
Anatomie pathologique ..	DELARUE. Mlle GAUTHIER- VILLARS.	ROUX. RUDLER. SICARD.
Bactériologie ..	BONNET. FASQUELLE.	Pathologie expérimentale .
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.	MERKLEN.
Dermato syphillographie .	DEGOS.	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.	Pathologie médicale
Hydrologie	DEBRAY.	GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.	LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Médecine légale.	DESOILLE.	Pédiatrie
Neurologie . . .	DE SZZE.	MARIE (J.).
Obstétrique . . .	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.	Pharmacologie .
Ophtalmologie ..	OFFRET.	CHEYMOL.
Oto-rhino- laryngologie ..	AUBIN.	Physiologie . . .
Parasitologie. . .	BRUMPT, L. C.	BARGETON. PARROT.
Pathologie chirurgicale. . .	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ	Physique médicale
		DJOURNO.
		Psychiatrie . . .
		BARUK.
		Thérapeutique
		Agr. ch. d'ens. .
		BROUET.
		Urologie
		COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		M.
Clinique chirurgicale . . .	AMELINE.	Clinique médicale	DE GENNES.
	BASSET.		HAGUENAU.
	DE GAUDART		MOLLARET.
	D'ALLAINES.		MOUQUIN.
	FUNCK-BRENTANO.		TURPIN.
Clinique médicale	GATELLIER.	Clinique obstétricale . . .	ECALLE.
	MENEGAUX.		LACOMME.
	BARIETY.	Clinique ophtalmologique	RENARD.
	BOULIN.		Clin. otho-rhino-
	CHEVALLIER.		laryngologique HALPHEN.
	COSTE.		

V. — CHARGES DE COURS

M.

Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. D^r A. HAHN.
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
MONSEIGNEUR DEVAUX

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FRERE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CADENAT

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale
de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma profonde gra-
titude.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARAVEN

Directeur de l'Ecole de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux d'Amiens
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré ce travail et m'a
guidé de ses conseils.*

*En témoignage de ma reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE D'AMIENS

MONSIEUR LE DOCTEUR BALEDENT.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAX.

MONSIEUR LE DOCTEUR DESSIRIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR FILACHET.

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUERIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTEFEUILLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR HETROY.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOYGUE.

MONSIEUR LE DOCTEUR MERLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR PARIS.

MONSIEUR LE DOCTEUR Ch. PERDU.

MONSIEUR LE DOCTEUR G. PERDU.

MONSIEUR LE DOCTEUR POULAIN.

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Notre Maître, le Professeur CARAVEN, a opéré en janvier 1943, un grand kyste non parasitaire de la rate. Il a fait une résection en collerette, avec conservation de la rate. Le malade a bien guéri et il est aujourd'hui en bon état.

Nous avons pensé que nous pouvions rédiger sur ce sujet notre travail inaugural, en insistant sur les indications du traitement conservateur.

Si on s'en rapporte à la définition donnée récemment par OLLIER seule, une collection liquide limitée par une coque continue dont la paroi est tapissée d'un revêtement cellulaire mérite vraiment le nom de kyste.

Mais nous envisagerons à la fois les vrais et les faux kystes parce que leur diagnostic et leur traitement sont identiques. Un point nous retiendra particulièrement, celui du *traitement conservateur*.

Nous n'aurons en vue que les kystes à grande cavité unique, éliminant les petits kystes multiples qui n'ont pas d'intérêt clinique et les kystes parasitaires.

ETIOLOGIE

OLLIER en a retrouvé 150 cas dans la littérature, c'est dire leur rareté.

Ils surviennent en général chez des sujets jeunes. Sur 45 observations que nous avons étudiées, 34 c'est à-dire 75 %, portent sur des sujets ayant plus de dix ans et moins de trente ans. Le sexe féminin semble être atteint dans la même proportion : 75 % des kystes spléniques.

Suivant l'âge :

Age	Sexe féminin		Sexe masculin		Total	
au dessous de 10 ans	1	3 %	2	16,5 %	3	6,5 %
de 10 à 20 ans	13	39,5 %	7	58,5 %	20	44,5 %
de 20 à 30 ans	12	36,5 %	2	16,5 %	14	31 %
au-dessus de 30 ans	7	21 %	1	8,5 %	8	18 %
	—		—		—	
	33		12		45	

Certains facteurs ont probablement une action pré-disposante. Les traumatismes, les maladies aiguës, en particulier les *oreillons* (notre malade, une malade de TERRIER), la grossesse, les menstruations ont été incriminées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La paroi du kyste est d'aspect très variable, tantôt blanchâtre (c'est la teinte du tissu fibreux), tantôt grisâtre, c'est l'aspect du tissu splénique.

Il est important de préciser la forme de la rate, celle de la tumeur kystique et surtout leurs rapports réciproques. Tantôt rate et kyste sont presque indépendants, la rate a une forme sensiblement normale, tandis que la tumeur s'insère à l'un de ses pôles. Tantôt le kyste déforme l'un des bords, l'une des faces. Par contre lorsque la tumeur est énorme, l'ensemble kyste et rate a la forme d'un ovoïde (SHARVAN). La rate revêt alors les aspects et occupe les situations les plus inattendues. BARDENHEUER la trouve étalée à « l'extrémité supérieure de la paroi du kyste; l'extrémité inférieure de la rate s'étalait comme un éventail dans la paroi antérieure et postérieure du kyste et englobait dans une certaine mesure la coupole supérieure de la tumeur de tous côtés ».

Notre Maître, le Professeur CARAVEN découvrit (dans l'observation que nous rapportons) une rate « en forme de galette, avec une face interne hilaire, d'aspect normal, et une face externe cruentée qui ressemble à la face utérine du placenta ».

Il en est tout autrement *lorsque la tumeur est centrale*, la rate est soufflée, augmentée de volume en

masse, ce dernier cas évidemment ne relève que de la splénectomie; tandis que *les kystes périphériques* avec conservation d'un certain volume de rate normale sont justiciables du traitement conservateur.

Un fait demande à être signalé, ce sont les multiples *adhérences* que ces volumineux kystes contractent avec les organes voisins, elles rendent plus difficiles leur extirpation. Rappelons les adhérences à l'estomac, au diaphragme très fréquentes (LAMBERT, DUNAND), à la paroi abdominale, à l'épiploon, au foie et à l'intestin grêle (ORLOFF). Les plus fréquentes sont les adhérences au diaphragme, à l'épiploon. Il peut y avoir ptose considérable de la rate kystique, ou ptose et torsion simultanée du pédicule, ce qui évidemment commande la splénectomie.

Le *volume* de ces kystes est extrêmement variable. Le maximum est une contenance de quatre litres (POHLE, CARAVEN).

Ce liquide est *d'aspect* très variable. La couleur peut aller du jaune clair au brun foncé. Il est souvent riche en cristaux de cholestérine. L'examen bactériologique est toujours négatif lorsqu'il n'y a pas d'infection. Il contient des éléments figurés du sang, il est plus ou moins riche en fibrine, il contient des caillots sanguins, entourés de fibrine dans notre observation.

Voici d'ailleurs l'examen du liquide de l'observation du Professeur CARAVEN fait par M. BOUCHEZ, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens.

Le liquide est rouge et se centrifuge facilement. Le culot est abondant (1/20 environ du volume total). On peut l'étaler comme du sang. Il se prête fort bien à l'examen microscopique, coloration au biesinate de Tribondeau : hématies assez altérées, en très grand nombre. Pas de pus. Des leucocytes (environ 1 pour 600 hématies). Ces leucocytes se répartissent comme suit :

Polynucléaires neutrophiles	33
» éosinophiles.	0
» basophiles.	0
Formes oreillies	18
	51
Monocytes	0
Moyens mononucléaires	18
Lymphocytes.	31
	49

Par examen direct et après culture, on ne voit aucun germe. La partie liquide surnageant le culot est rouge et donne uniquement les réactions du sang. Elle ne contient pas d'autres pigments.

Examen chimique sur le liquide.

	en grammes pour 1.000 cc.
Résidu fixe	68,86
Cendres.	9,40
Urée	0,43
Cholestérol	1,28
Protides totaux	34,00
Chlore	3,88
Chlore en Na Cl	6,40

La face interne de la paroi du kyste est lisse ou dépolie. Parfois soulevée par de véritables piliers, elle est particulièrement irrégulière au voisinage du tissu splénique normal.

L'examen histologique de cette paroi montre toujours un tissu fibreux soit banal sans orientation, soit sérié. Vers l'intérieur, un revêtement cellulaire très friable (retrouvé trente-deux fois sur les cent cinquante

observations dépouillées par OLLIER), mais comme le fait remarquer FINK, ce revêtement très fragile peut être détruit par le liquide fixateur. A l'extérieur, quelques îlots de tissu splénique peuvent être disséminés.

La présence d'un épithélium ou son absence à l'intérieur du kyste ont de l'intérêt pour l'anatomo-pathologiste ou le pathologiste. Elles n'en ont pas pour le clinicien ou l'opérateur, car la clinique et la thérapeutique sont les mêmes dans les deux cas.

ETUDE CLINIQUE

TROUBLES FONCTIONNELS.

Le kyste de la rate peut rester latent très longtemps et, c'est parfois à l'occasion d'un examen systématique qu'on le découvre seulement.

Mais le début par une crise douloureuse n'est pas exceptionnel dans un cas de POHLE, le malade ressent une douleur violente localisée dans l'hypocondre gauche, il présente des nausées, des vomissements. Chez notre malade, le début, au moins apparent, fut également très brutal. Souvent les douleurs sont moins accentuées, c'est un point de côté dans l'hypochondre gauche se déclarant le soir après la fatigue.

Parfois, les signes fonctionnels sont encore moins évocateurs, il s'agit de troubles pulmonaires, dyspnée, toux, troubles cardiaques, troubles abdominaux.

TROUBLES GÉNÉRAUX.

Le kyste ne retentit pas, ou, tout au moins, ne semble pas retentir sur l'état général dans la majorité des cas. Cependant, dans une des observations de OLLIER, il s'installe une dizaine de mois avant l'apparition de la tumeur une impression de fatigue, d'asthénie, qui s'accroît progressivement. Chez les malades qui ont présenté une crise douloureuse, l'état général

est un moment atteint : fièvre, état de prostration, pouls très rapide et très faible; mais les jours suivants, tout rentre dans l'ordre, seule persiste la tumeur de l'hypochondre gauche.

Mais comme nous le disions plus haut, l'état général est bien conservé, tout au plus retrouve-t-on dans les antécédents une légère asthénie vespérale non en rapport avec l'effort physique fourni pendant la journée, quelquefois un crochet fébrile inexpliqué.

SYMPTOMES PHYSIQUES.

Il nous semble que le diagnostic est inégalement difficile suivant que le kyste est volumineux ou qu'il est relativement peu développé.

A) *Kystes volumineux.*

Ces kystes remplissent une bonne partie de l'abdomen. Ils sont fixés (adhérents) et ne *fuiant pas* au contact des mains qui les explorent. On recueille une sensation franche de fluctuation et, cela d'autant plus qu'ils sont pour ainsi dire à *fleur de peau*. La tumeur est oblique de l'hypochondre gauche à la fosse iliaque droite.

Le diagnostic de « kyste » est évident; il reste à déterminer à quel organe il appartient. La dextrogastrie, l'abaissement du transverse gauche et de son angle splénique (la « boucle colique »). La position normale et l'intégrité de l'image pyélographique du rein gauche, tout cela plaide en faveur de « rate ».

Le diagnostic peut donc être fait de manière relativement aisée. Il en a été ainsi dans l'observation de notre Maître le Professeur CARAVEN, qui est l'origine de ce travail. Cette observation contient une partie clinique importante; nous la rapportons à peu près intégralement, comme typique :

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, étudiant H. E. C. qui, à part un ictère en décembre 1941, jouit d'une bonne santé jusqu'à fin septembre 1942. En septembre 1942, il eut les oreillons. Les médecins, les Docteurs DOURNAIS et DUBOIS, m'ont rapporté que, pendant une dizaine de jours, l'évolution de ces oreillons fut banale. Mais, le 12 octobre, survint une douleur abdominale très vive, accompagnée d'accidents syncopaux; pas de vomissements; pouls très rapide, très faible; malade pâle; ventre souple, pas de points douloureux précis. Pas de diagnostic. Les jours suivants, un peu de fièvre, état de prostration. L'attention est surtout attirée du côté du pouls qui reste faible. On admet la possibilité d'une endomyocardite; on donne des toni-cardiaques et des sulfamides. Quelques jours après, douleurs thoraco-abdominales gauches, pendant huit jours, étiquetées névralgies intercostales. Peu à peu, l'état général s'améliore et le malade peut se lever fin octobre 1942. Il constate, à ce moment, une augmentation de volume de la partie supérieure de l'abdomen; elle s'accroît de plus en plus, pendant les deux mois suivants, au point de devenir considérable. Le Docteur DÉVÉ de Rouen, qui voit le malade, « incline vers l'hypothèse d'un kyste de la queue du pancréas, à cause de l'apparition rapide de cette tumeur fluctuante à la suite d'incidents douloureux impressionnants, à l'issue d'une atteinte d'oreillons ».

Le 11 janvier 1943, lorsque j'examine le malade, il porte une volumineuse tumeur ovoïde, longitudinale, fluctuante, manifestement kystique de la moitié gauche de l'abdomen, qui dépasse nettement la ligne médiane; elle disparaît sous les fausses côtes gauches qui sont très saillantes; son bord droit ne porte aucune encoche.

L'espace de Traub est mat et la matité se continue sans interruption en dehors et en arrière du thorax, jusqu'à l'endroit où l'on trouve normalement la submatité de la rate; elle est séparée du rebord costal droit par une dépression profonde et sonore, en haut de laquelle le palper ne trouve aucune résistance hépatique.

Elle atteint en bas la partie supérieure de l'hypogastre; elle comble le flanc gauche, mais elle n'a pas le contact lombaire et elle ne ballote pas; c'est seulement lorsqu'on presse sur sa face antérieure que la main lombaire reçoit, légèrement le contact de

la tumeur. La région lombaire est mate. La tumeur est extrêmement superficielle; elle est pour ainsi dire à fleur de peau.

Il s'agit, à l'évidence, d'un grand kyste. Mais quelle est son origine ?

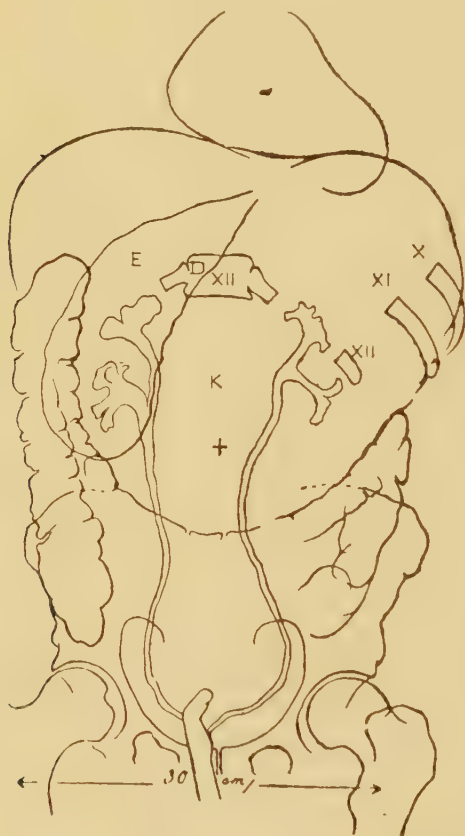


FIG. 1. — Film pour l'œil gauche (centrage sur la ligne médiane) du couple stéréoscopique; K kyste de la rate; inversion des courbures de l'estomac et dextrogastrie; E déplacement en bascule des angles du transverse; + projection de l'ombilic (CARAVEN).

Pour avoir une vue d'ensemble de ses rapports, je fais une radiographie stéréoscopique après avoir introduit un contraste dans les viscères voisins; je mets en place deux sondes urétérales

opaques et injecte 7 ou 8 cc. d'urosélectan dans chaque rein; je donne une demi-potion de Rivière pour remplir l'estomac de gaz et j'insuffle le côlon par l'anus.

Cette radiographie stéréoscopique donne les renseignements suivants :

Les reins sont en place, ils sont sensiblement normaux.

Il n'y a ni hydronéphrose, ni grand kyste rénal; la tumeur est au-devant du rein gauche, et elle dévie un peu l'uretère gauche vers la ligne médiane. Elle refoule l'estomac dans le flanc droit; *il y a inversion de l'ombre gastrique qui est concave à gauche.* Cette ombre gastrique est très allongée et elle arrive près de la crête iliaque droite en station horizontale. La clarté gastrique sépare de manière absolue, jusqu'au diaphragme, l'ombre du kyste avec celle du foie; l'ombre du kyste comble la coupole diaphragmatique gauche, qui n'est pas surélevée; la pointe du cœur n'est pas déplacée, le cul-de-sac pleural gauche est normal.

En bas, l'ombre du kyste atteint le promontoire; *elle entoure son pôle inférieur du côlon transverse, comme d'une guirlande.*

Le côlon descendant est à gauche et en arrière de la tumeur. La partie externe de la région lombaire est devenue tympanique après l'insufflation du côlon.

L'angle colique gauche est abaissé, à peu près à moitié chemin entre le point le plus déclive des fausses côtes et la crête iliaque, il est aigu fermé, l'image de la fin du transverse se projetant sur celle du commencement du descendant.

L'angle hépatique du côlon est, par contre, plus élevé que normalement, il arrive au niveau de D. 12. Il est comme *refoulé* vers le haut, de sorte que dans l'ensemble, *les deux angles coliques paraissent avoir obéi à un mouvement de bascule.*

La tumeur comprime l'uretère gauche. La sonde urétérale n'a pas pu remonter à plus de 15 cm. de la vessie, ni dépasser le bord inférieur de la V^e lombaire, où arrive le pôle inférieur du kyste.

Cet ensemble clinique et radiologique permet de discuter l'hypothèse des kystes du pancréas et celles des kystes de la rate. Me souvenant que les kystes de la partie gauche du pancréas sont plutôt de direction transversale, et que leur ombre *se couronne*

de la clarté colique, à la manière d'un cimeter, je les élimine et je fais le diagnostic ferme de kyste de la rate. Cela m'a paru facile.

Mais quelle variété de kyste de la rate ? Kyste simple ou kyste parasitaire. Sur les multiples clichés, pas de ces ombres circulaires que donnent les hydatides. L'examen du sang est complètement négatif et, notamment, il n'y a pas d'éosinophilie.

La réaction de Weinberg est négative.

Malgré que l'hypothèse d'un kyste hydatique soit raisonnablement écartée, je ne m'arrête pas à l'idée de la ponction exploratrice faite dans un but d'analyse; et je ne crois pas devoir faire une hépato-splénomégalie au dioxyde de thorium à cause de ses dangers.

J'adopte le diagnostic de grand kyste non parasitaire de la rate et j'opère sans délai.

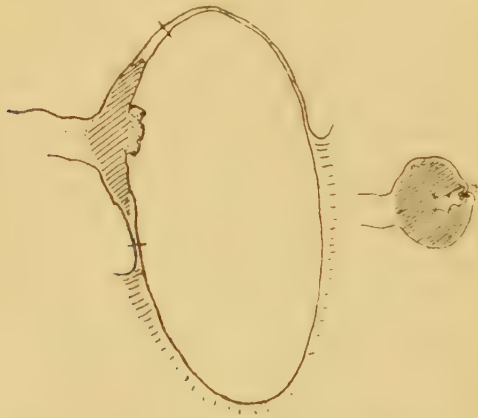


Fig. 2. — Courbe théorique indiquant la disposition du kyste et du tissu splénique (hachures); en pointillé, caillot sanguin; deux traits repèrent la section de la poche. Petit figure : la forme globuleuse que donne la splénorraphie (CARAVEN).

B) Kystes de moyen volume ou relativement petits.

La situation est toute autre en cas de kyste *relativement petit*. Ici pas de fluctuation, pas de diagnostic

d'emblée de formation kystique abdominale et si la providentielle encoche du bord antérieur n'existe plus, ce qui est fréquent en cas de dilatation kystique de la rate il se peut, que rien n'oriente vers une localisation splénique, si ce n'est le fait de fréquence, le fait que la question des splénomégalias domine toute l'étude clinique des tumeurs de l'hypochondre gauche.

Ces moyens ou petits kystes sont remarquables par leur latence et, c'est souvent et uniquement, au cours d'un examen systématique que l'on découvre la tumeur. Son volume n'est pas d'une importance telle, qu'il distende l'hypochondre gauche, tout au plus donne-t-il une légère voussure sous-costale.

En palpant soigneusement le malade en décubitus latéral droit, on a l'impression de ne percevoir que la partie inférieure d'une tumeur dont la majeure partie s'enfuit sous l'auvent costal. D'emblée, on pense à la rate et on recherche son bord antérieur pour y trouver des incisures. On a rarement la chance d'en percevoir, sous cette forme crénelée; *plus souvent c'est un bord mousse et régulier.*

Il est d'un intérêt capital de préciser la *consistance* de cette tumeur, elle n'est pas fluctuante; on recherche sa mobilité au repos et au cours des mouvements respiratoires; elle est relativement *mobile*.

On précise ses limites par la percussion, la matité est ovoïde, à grand axe oblique en bas et à gauche. Elle se projette sur la paroi antéro-latérale à cheval sur le rebord costal inférieur, débordant plus sur la paroi thoracique.

Mais c'est surtout la radiographie qui rend compte du siège et du volume de la tumeur, qui la précise en tout cas.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

La radiographie simple donne peu de résultats. Après pneumo-péritoine, la rate apparaît sous-diaphragmatique, bien indépendante du foie.

Après ingestion de potion de Rivière, l'estomac est plus ou moins dévié vers la droite. La grande courbure présente parfois *une encoche circulaire* correspondant à la tumeur.

L'insufflation colique permet de préciser les rapports de la tumeur avec l'angle splénique du côlon.

Celui-ci est :

1°) Abaissé par rapport à l'angle hépatique.

2°) La partie gauche du côlon transverse circonscrit le pôle inférieur de la tumeur, prenant une forme de « boucle » ou de coquetier, (la rate est parfois assise sur le côlon comme l'œuf dans un coquetier).

3°) Le côlon transverse refoulé vers le bas se rapproche du côlon descendant, fermant ainsi l'angle splénique.

Parfois, l'ombre de la tumeur est difficile à dissocier du foie. *L'hépatosplénographie* peut alors rendre des services. On a pour cela employé le dioxyde de thorium ou Thorotrast. La rate est mieux opacifiée que le foie pour des petites doses.

Ce produit s'administre par la voie intraveineuse. KADRUKA reconnu la nécessité de plusieurs injections fractionnées plutôt que d'une seule massive. Il est indi-

qué d'agir avec prudence en tâtant la susceptibilité du malade. Après l'injection initiale de 0 gr. 10 par kilogramme, les nouvelles injections sont faites à intervalles d'un à deux jours en augmentant chaque jour la quantité injectée de 0 gr. 10 à 0 gr. 15, sans jamais dépasser 0 gr. 30. Le total injecté ne doit jamais dépasser 0 gr. 75 par kilogramme (la solution de dioxyde de thorium étant à 22 % de thorium métallique). Cette dose représente donc 0 gr. 165 de métal par kilogramme de poids.

Mais ce thorium présente certains inconvénients; les examens faits après plusieurs années montrent la persistance de la majorité du thorium dans le foie et la rate. Le dioxyde de thorium est un produit radio-actif très faible, il est vrai, et il semble pouvoir être à la base d'une action cancérigène (LEDoux-LEBARD).

On prescrira plus volontiers pour la réalisation du contraste les *sels iodés*. Ils semblent réunir toutes les qualités exigées d'un tel milieu :

- 1°) l'absence d'incident ou de réaction à la suite d'injection;
- 2°) opacification réalisée dans le temps le plus court possible et rendant facile le radio-diagnostic;
- 3°) opacification suffisante et donnant bien le détail;
- 4°) un partage à peu près équivalent dans les deux organes : le foie et la rate;
- 5°) une élimination rapide de la substance injectée;
- 6°) une innocuité ultérieure, pratiquement absolue.

Il est nécessaire d'atteindre pour une opacification convenable les chiffres de 200 à 250 mmgr. par kg. C'est ainsi que pour un milieu contenant 20 % d'iode, un malade pesant 60 kg. recevra 70 cm³ du contraste.

Technique de l'injection. — Une quantité du contraste, supérieure à celle que l'on doit injecter, est réchauffée au bain-marie à 37°, afin que la consistance fluide soit bien obtenue. L'injection se fait par voie intra-veineuse au pli du coude, elle doit être lente. Les clichés sont pris quinze, quarante-cinq, soixante-quinze minutes après. Cette méthode est très bien tolérée et les accidents d'iodisme sont rares.

Mais la chose capitale, pour différencier éventuellement une tumeur de la rate, d'une tumeur du rein, dans les cas qui sont difficiles, c'est de radiographier les malades après injection rétrograde des bassinets, au moyen d'uvose lactan, de diagnorénal, ou de Ténébryl; et après l'insufflation du côlon par l'anus.

Au cours de notre stage, dans le service de notre Maître, nous l'avons souvent entendu parler des difficultés du diagnostic qui peuvent exister entre les tumeurs de la rate et celles du rein gauche.

Il insistait sur le fait, que, les tumeurs spléniques, les splénomégalias (ce terme étant employé dans son sens clinique et général) sont choses antérieures qui soulèvent la paroi antérieure de l'abdomen, sous le rebord costal; qui se palpent en avant, non en arrière dans la fosse lointaine, qui sont souvent très superficielles, à *fleur de peau*; qui n'ont pas le contact lombaire; qui laissent intacte la sonorité du flanc et la sonorité lombaire. Tandis que les tumeurs du rein sont postérieures, ont le contact lombaire, ballottent et laissent intacte la sonorité antérieure. En somme rate, antérieure, mate en avant, sonore en arrière; rein, postérieur, mat en arrière, sonore en avant. Et nous l'avons vu plusieurs fois faire, pour trancher la question, une pyélographie systématique; pyélographie qu'il appelle « *d'orientation* », pour bien marquer que, dans les cas difficiles, c'est autour d'elle que *s'oriente* le diagnostic. Il s'agit de pyélographie rétrograde, mais il est pos-

sible qu'avec les progrès de la pyélographie dite : intra-veineuse, améliorée par la compression urétérale, ce procédé devienne un jour courant.

Le bassinnet et les calices gauches apparaissent en place normale, ce qui est fréquent, ou déplacés; déplacés par ptose, ou bien déplacés vers la colonne verté-



FIG 3. — Femme, 54 ans; rate de nature indéterminée; o. s ombre de la rate; v. r ombre du rein; *superposition* des ombres rénale et splénique; E ombre de l'estomac; c. c boucle colique (CARAVEN).

brale par la pression de certaines rates. Mais en place, ou déplacés, on reconnaît leur forme normale, ou bien, on voit des figures banales d'hydronéphrose légère, ou de dislocation urétéro-pyélique, qui ne peuvent pas s'interpréter comme étant en relation avec l'importante tumeur de l'hypochondre.

Celle-ci donne une ombre généralement nette, parce qu'elle est encadrée par l'estomac, en haut et à droite, par le côlon et l'angle colique gauche, en bas et à gauche; le côlon et l'angle splénique prennent la forme « en boucle », ou en « coquetier ».



FIG. 4. — Homme 48 ans; très grosse rate de nature indéterminée. *Dissociation horizontale* de l'ombre de la rate (o. s), et du pyélogramme p., qui est prévertébral; c. c boucle colique; a. c. g angle colique gauche fermé et abaissé. Vérification opératoire (il s'agissait bien d'une rate; la ponction directe n'a pas donné de liquide de kyste) (CARAVEN).

Or les relations de l'ombre splénique et de l'ombre pyélique sont variables suivant les cas. Il y a parfois *superposition* des deux ombres, mais on reconnaît bien,

fréquemment, l'ombre du parenchyme rénal lui-même, et d'ailleurs l'absence d'étirement et de déformation de ses calices.



FIG. 5. — Femme, 33 ans. Grosse rate de leucémie myéloïde. o. s ombre splénique; p. pyélogramme; *dissociation horizontale* des ombres splénique et pyélique, cette dernière étant devant la colonne vertébrale; c. c boucle colique (L'ARAVEN).

Il peut y avoir *dissociation des deux ombres*, soit horizontale, soit verticale; *dissociation horizontale avec transport de l'ombre pyélique sur la colonne vertébrale* ou *dissociation verticale*; dans ce dernier cas, l'ombre pyélique empiète *partiellement* sur l'ombre splénique ou bien l'ombre pyélique en est *totalement* dégagée par ptose.

Quoi qu'il en soit, dans la règle, l'épreuve est décisive. On a affaire à une tumeur rénale ou bien à une tumeur splénique.

La manière médicale habituelle de diagnostiquer :
rate, d'après les examens de sang, n'est pas suffisante.
Elle aboutit à un diagnostic qui a seulement la valeur

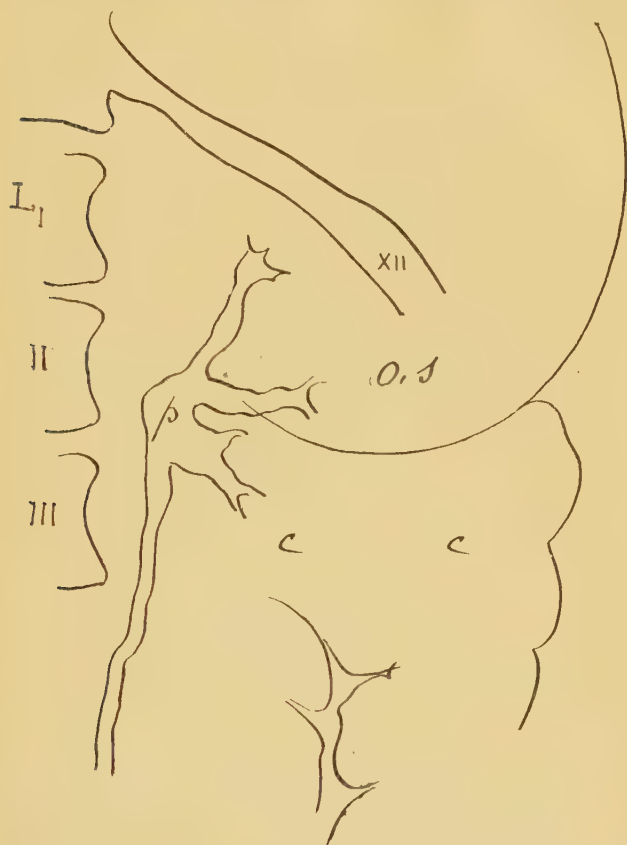


FIG. 6. — Homme, 37 ans. Grosse rate de nature indéterminée.
o. s ombre splénique; c. c angle gauche du colon, « en coque-
tier »; p. pyélogramme; *dissociation verticale partielle* de
l'ombre splénique et du pyélogramme (CARAVEN).

d'un diagnostic de tendance, il faut être plus difficile
et faire un diagnostic anatomique et de certitude.

D'ailleurs l'appel au laboratoire reste muet dans un
grand nombre d'hypertrophies spléniques, et si on veut

être utile au malade et faire une opération, dans le cas où elle devient l'*ultima ratio*, il est infiniment utile de savoir à l'avance si on a affaire à un rein ou à une rate, puisqu'une rate s'opère par devant, tandis qu'un rein s'opère par derrière.



FIG. 7. — Femme, 50 ans. Leucémie myéloïde; *dissociation verticale totale* de l'ombre splénique o. s et de l'ombre pyélique p.; déformation de l'angle splénique gauche « en coquetier » (CARAVEN).

Un mot en passant sur les *kystes du rein* dont le volume et la consistance peuvent donner le change; la pyélographie donne assez souvent, en pareil cas, des modifications du pyélogramme. Nous renvoyons, à ce sujet, à l'article important et superbement illustre de HEVBST et VINALEK et à la thèse du Docteur Henri LACOSTE (Paris), sur le diagnostic et le traitement conservateur des grands kystes du rein.

Au total quant, à la radiographie, la tumeur est encadrée par l'ombre de l'estomac à droite, par celle du côlon en bas, lorsque la tumeur est très antérieure,

lorsque les pyélogrammes sont normaux, on peut dire qu'il s'agit d'une tumeur de la rate, mais c'est tout. S'il veut absolument en connaître la nature, le clinicien est alors amené à se poser la question : faut-il faire une ponction ? En effet, à elle seule, une ponction positive prouverait la nature kystique de la tumeur.

Il semble que la ponction peut être faite, si elle l'est avec une aiguille fine. Les liquides de kystes sont fluides et l'on n'a pas à craindre une ponction blanche, alors que le kyste existerait véritablement.

Bien entendu, il faut pour être autorisé à ponctionner, avoir la certitude qu'il ne s'agit pas de kyste hydatique. Si le doute persistait, l'exploration à recommander est, non pas la ponction, mais l'incision, la laparotomie exploratrice.

DIAGNOSTIC

Devant toute tumeur de l'hypocondre gauche, envahissant plus ou moins l'abdomen, on pensera à l'hypertrophie du lobe gauche du foie, mais elle est plus médiane que latérale, elle déplace l'estomac vers la gauche. Elle agit sur l'ensemble du côlon transverse provoquant sa descente. Enfin, c'est surtout une tumeur épigastrique et non une tumeur de l'hypochondre.

Dans l'observation que nous rapportons, l'un des médecins avait cru à une tumeur de la queue du pancréas. Le diagnostic clinique avec ces tumeurs est difficile. Mais, à la radiographie, la disposition de l'estomac est différente : la petite tubérosité de l'estomac se recourbe et se relève vers le haut et à droite. Le côlon transverse coiffe la tumeur à la façon d'un cimier d'un casque. L'angle colique gauche est ouvert et en position normale; mais même du point de vue clinique, la constatation d'une tumeur médiane à grand axe horizontal serait de nature à écarter l'hypothèse d'une hypertrophie splénique.

On peut également penser à un cancer de l'angle splénique du côlon. Cette lésion se traduit généralement par des crises de subocclusion, la radio, après lavement baryté, montre une déformation caractéristique de la lumière intestinale.

D'autres diagnostics peuvent être un moment évoqués : un kyste du mésentère, les gâteaux cancéreux ou tuberculeux. Parfois, des kystes volumineux de la

rate ont été pris pour des tumeurs pelviennes. BARDENHENER croyait trouver un volumineux kyste de l'ovaire, lorsqu'il constata à l'intervention, que la rate continuait l'extrémité supérieure de la paroi du kyste.

Les tumeurs du rein peuvent être difficiles à éliminer; nous avons montré comment, même à la radiographie le diagnostic pouvait être hésitant quand l'ombre de la tumeur splénique se superposait à l'ombre rénale.

On table surtout sur la situation lombaire, comme en témoigne la matité postérieure, tandis qu'en avant on trouve la sonorité du grêle. Ces tumeurs sont immobiles pendant la respiration. Elles ballottent typiquement. A la radio, elles se coiffent du côlon transverse et ouvrent l'angle splénique. Enfin, elles s'accompagnent fréquemment de déviations de l'uretère, de pyélogrammes anormaux, de ptose rénale.

Certaines tumeurs périnéphrétiques ouvrent de même le côlon et repoussent en haut l'estomac; mais ces tumeurs sont profondes, médianes par rapport *aux tumeurs spléniques qui sont superficielles*, antérieures, mates en avant, avec sonorité du flanc et de la région lombaire.

On pense à une splénomégalie. Le réflexe est de rechercher l'état du foie, celui des ganglions cervicaux axillaires, inguinaux, cruraux. On étudie les antécédents et l'on pratique un examen de sang.

La coexistence d'un ictère ferait discuter les différents syndromes spléno-hépatiques.

On pense à une cirrhose hépatique splénomégaly, à une cirrhose de Laënnec, à une maladie de Hanot. On recherche une hépatomégalie. Pense-t-on à un ictère hémolytique; on recherche l'anémie. Si la syphilis spléno-hépatique peut être en cause, on pratique un B. W., une réaction de Hecht.

Il est relativement facile d'éliminer les syndromes spléno-hématiques avec association spléno-ganglionnaire, telles que les leucémies chroniques, la maladie de Hodgkin, la lymphadénie.

Les syndromes spléniques purs font toute la difficulté éventuelle du diagnostic.

Si tuberculose et syphilis spléniques sont rarement isolées, le paludisme est une cause fréquente de splénomégalie. C'est d'ailleurs à lui que l'on pensera d'emblée devant toute splénomégalie isolée. On recherche le bord antérieur irrégulier de la rate, la rate en elle-même est régulière. On retrouverait dans les antécédents un séjour aux colonies, des crises de paludisme. On ferait la recherche d'hématozoaires dans le sang ou par ponction de la rate. On constituerait un traitement d'épreuve par la quinine.

On élimine aussi rapidement l'anémie splénique vraie, où l'hypertrophie de la rate s'accompagne d'une anémie légère. De même pour les mycoses spléniques.

Plus délicat à éliminer est la maladie de Banti, au stade de splénomégalie isolée, les modifications sanguines sont très discrètes et le diagnostic ne pourrait être posé qu'à un stade ultérieur; toutefois, la tumeur n'est pas sensible, tandis que dans la maladie de Banti la rate est douloureuse.

La maladie de Gaucher, spéciale au sexe féminin, apparaît dans l'enfance. Son caractère familial, et au besoin la ponction, permettrait de retrouver des cellules de Gaucher.

Le Kala Azar doit être écarté chez un sujet venant des colonies. Mais, en raison de sa fréquence et des dangers de la ponction, il faudra éliminer la possibilité d'un kyste hydatique, il s'accompagne d'éosinophilie sanguine. L'intra-dermo-réaction de Casoni est positive.

Les tumeurs malignes de la rate déforment l'organe d'une façon beaucoup plus irrégulière que les kystes. Tantôt ce sont des cancers épithéliaux secondaires à des épithéliomes primitifs au tube digestif ou du foie, tantôt il s'agit de mélanosarcomes secondaires à un sarcome initial de la choroïde. Leurs irrégularités et leurs consistance dure, permet de les éliminer; toutefois, ces tumeurs sont susceptibles de subir une dégénérescence kystique qui rend leur diagnostic très difficile.

Avant d'aborder la question du traitement, il est intéressant de se demander, à la lumière des dernières acquisitions physiologiques :

La rate est-elle réellement très utile ?

Peut-on la supprimer sans inconvénients sérieux ?

La rate n'est pas indispensable à la vie, ainsi en témoigne la survie de nombreux sujets splénectomisés. C'est un fait indiscutable. Si l'organisme peut se passer de la rate en tant qu'organe, il semble que le tissu splénique soit nécessaire à notre organisme.

En effet, certains auteurs ont décrit une néoformation de la rate. ABELOUS, ARGAUD et SOULA, opérant l'animal préalablement splénectomisé, ont observé une véritable métaplasie splénoïde des nodules lymphatiques parapyloriques. D'une façon générale, tout organe appartenant, comme la rate, au système réticulo-endothélial, serait susceptible de la suppléer.

Mais ces phénomènes de suppléance ou de néoformation se produisent-ils de façon constante ?

Combien de temps après la splénectomie deviennent-ils efficaces ? Cette suppléance est-elle à proprement parler suffisamment efficace pour remplir toutes les fonctions de la rate ? Or, le rôle de la rate, si contesté

soit-il, sur certains terrains, est sûrement capital dans certaines infections dans l'économie générale.

Elle influe sur la composition du sang. En effet, elle produit, détruit et met en réserve les éléments figurés du sang.

De ces différentes attributions, l'action sanguiformatrice est la plus contestée. Cependant, on tombe d'accord pour lui reconnaître un pouvoir lymphopoïétique qui serait réveillé et accru au cours des infections.

Inversement, elle jouit des propriétés phagocytaires du tissu réticulo-endothélial. Elle détruit les globules rouges et elle fixe l'hémoglobine. Elle détruit également les plaquettes et les leucocytes.

Mais la rate est avant tout un organe réservoir qui influe très rapidement sur la constitution sanguine. En effet, elle est élastique et contractile, variant de volume sous des influences diverses : l'exercice musculaire exagéré, l'asphyxie aiguë, la dépression atmosphérique, la peur, l'émotion, provoquent une contraction brusque de la rate, entraînant une hyperglobulie « de chasse ».

Il en est de même après injection d'adrénaline. L'adrénaline agit sur les fibres musculaires lisses des trabécules et des artérioles. Ainsi, le courant sanguin est ralenti en amont, c'est-à-dire dans l'artère splénique, tandis qu'il est accéléré dans la veine splénique. Les artères et le tissu splénique, en se contractant, chassent le sang que contient la rate.

La rate interviendrait également dans le métabolisme général de l'organisme. Nous avons déjà vu qu'elle fixait le fer de l'hémoglobine, sa fonction martiale s'étendrait également au fer aliment. Rappelons l'action biligénique éventuelle : la pulpe splénique attaque les graisses « in vitro » et « in vivo » chez l'animal. ABELOUS et SOULA ont établi et montré l'importance de la fonction cholestérogène : le sang veineux s'enrichit en cholestérine au cours de la contraction musculaire et cet

enrichissement ne se produit plus si l'animal est privé de rate. La rate produit également des acides aminés à chaque contraction splénique, des acides aminés sont lancés dans la circulation.

Au cours de certaines infections, le rôle de la rate est capital. Si son action semble négligeable au cours des infections bactériennes, elle paraît beaucoup plus importante dans les infections parasitaires, rappelons la splénomégalie du paludisme, du Kala Azar.

Mais surtout, il est certain que l'immunité acquise au cours de certaines infections, est due aux grands mononucléaires et aux macrophages du système réticulo-endothélial, en particulier, aux macrophages de la rate.

C'est d'ailleurs au système réticulo-endothélial que sont dues la plupart de ces propriétés. La rate serait également, pour certains auteurs, une véritable glande endocrine agissant sur les gonades, sur la croissance générale, mais cette dernière action sur la croissance n'a pas été retrouvée chez l'homme; en effet, la croissance a toujours été normale chez le jeune splénectomisé.

TRAITEMENT

Le traitement qui a été généralement appliqué est la splénectomie, mais si elle expose peu aux complications post-opératoires, elle a l'inconvénient de toutes les opérations mutilantes.

La ponction évacuatrice présente des dangers considérables : l'infection, l'hémorragie, la rupture.

Parfois, elle est insuffisante et le liquide se reproduit.

OLLIER a retrouvé neuf observations de ponction, dans la littérature, il s'agissait sans doute de faux kystes hémorragiques traumatiques. Il note cinq guérisons et deux malades non guéris; une infection grave dès la deuxième ponction chez un malade de LEJARS, qui nécessite une large incision de drainage.

On a tenté, après évacuation du kyste, d'injecter des substances modificatrices caustiques. Il n'existe que quatre cas de ce genre dans la littérature. Le grand danger est l'infection. D'ailleurs, le seul malade qui guérit (MARCANO et FÉRÉOL) ne le fut qu'au prix d'une fistule qui dura trois mois.

La splénectomie est, nous l'avons dit, l'opération qui a été la plus employée. Mais dans les cas où on constate, opératoirement, qu'il est possible de conserver la rate, il est préférable de le faire en raison de son rôle (au cours des infections et dans l'économie générale de

l'organisme). L'opération conservatrice est d'autant plus désirable que le sujet est plus jeune.

Technique.

On fera soit l'incision classique sous-costale gauche, soit l'incision en L suivant la technique du Professeur GRÉGOIRE : une branche horizontale, longue, partant de la ligne axillaire antérieure, à mi-distance entre le rebord costal et la crête iliaque, se terminant à la ligne médiane. Une branche verticale, courte, médiane remontant sur cinq ou six centimètres. Cette incision a l'avantage de ne pas sectionner les nerfs musculaires et de permettre une bonne reconstitution de la paroi.

On relève le lambeau supérieur au moyen d'une valve, et on se trouve en présence d'une tumeur à paroi mince, tendue, blanchâtre ou jaunâtre, de volume plus ou moins important. Un danger, la rupture, aussi fera-t-on une ponction évacuatrice après avoir protégé la cavité péritonéale par une bordure de champs opératoires.

On vérifie les rapports de la tumeur avec les organes voisins; les adhérences sont libérées et peu à peu on extériorise rate et tumeur et on précise les limites de l'une et de l'autre.

Notre Maître, le Professeur CARAVEN, a sectionné la paroi kystique à un centimètre et demi du bord circulaire de la rate, débarrassé la paroi splénique des caillots qui s'y trouvaient et réséqué la plus grande partie de la paroi kystique. Puis, il a uni la moitié antérieure à la moitié postérieure de la collerette fibreuse restante, par des points séparés de catgut; « Il s'agit, en somme, dit-il, d'une *splénorrhaphie* qui enfouit la partie cruentée, qui revêt partout la rate de péritoine et qui lui donne l'apparence globuleuse normale ».

L'opération que nous conseillons, lorsque les cons-

tatations opératoires la montrent possible, c'est-à-dire quand elles font constater un kyste polaire ou marginal avec conservation d'une grande partie de rate saine, est en somme la résection dite « en collerette », avec suture au catgut de la demi-collerette antérieure avec la demi-collerette postérieure par des points séparés enfouissants. La surface splénique restante, plus ou moins déprimée en cupule ne doit être l'objet d'aucun traitement, tel que capitonnage, cautérisation. Nous croyons que, toutes les fois qu'elle est possible, cette résection du kyste avec conservation de la rate est préférable à la splénectomie. Il semble bien, à la lecture de certaines observations, qu'on ait fait parfois des splénectomies abusives et qu'on aurait pu, utilement, substituer la chirurgie conservatrice à cette chirurgie mutilante. Le problème se pose en définitive à la rate comme il se pose au rein, pour les grands kystes rénaux; on a fait de tout temps, en pareil cas, et on continue à faire trop de néphrectomies; il y a là un abus; le vrai traitement des kystes du rein, lorsqu'il est possible, est également (peut-être même encore plus que pour la rate) le traitement conservateur par la résection en collerette.

Peut-on craindre une récurrence des kystes de la rate après leur résection simple ? Il ne le semble pas, pas plus que pour les kystes du rein traités par cette méthode.

En tout cas, nous avons recherché le malade opéré par notre Maître le Professeur CARAVEN, en janvier 1943, et nous l'avons examiné au moment où nous faisons imprimer notre travail (avril 1944), il est en bonne santé et le palper de la région opérée ne montre aucune tuméfaction.

Nous l'avons fait radiographier après insufflation du côlon et après ingestion d'une potion de Rivière; nous avons constaté que la dextrogastrie n'existe plus,

que l'estomac a repris sa position normale et que ses courbures inversées se sont redressées; et, c'est peut-être là le motif pour lequel il n'a plus de troubles douloureux ou fonctionnels; mais l'angle colique gauche est resté en position basse, ce qui n'a rien d'étonnant en raison des adhérences étendues que présentait le kyste.

Nous aurions voulu présenter un tableau absolument complet, à ce jour, de tous les cas où on a réséqué les kystes de la rate avec conservation de l'organe lui-même. Nous l'avons essayé, mais nous n'avons pas la prétention d'y être arrivés. Les difficultés de l'heure nous empêchent d'en avoir la certitude.

Nous croyons cependant qu'on peut dire très approximativement le nombre des cas où l'on a fait de la chirurgie conservatrice, il est encore assez restreint et il se borne à peu près aux opérations qui sont mentionnées dans les observations suivantes.

TERRIER. 1892. Kyste séro-sanguin de la rate

Mme G..., trente-trois ans, fréquemment malade dans son enfance. Régée à seize ans et demi. Mariée à vingt et un ans, assez anémiée, eut successivement trois enfants. Il paraît y avoir eu des accidents de phlegmatia après la première couche; puis survinrent des accidents nerveux qui durèrent six mois environ. Mêmes crises nerveuses environ six mois après la deuxième couche, mais elles durèrent peu de temps. Le dernier enfant naquit à huit mois et, après cette nouvelle couche, apparurent encore des accidents nerveux assez graves et persistants. La malade était toujours anémiée, et même on eut des craintes du côté des voies respiratoires, aussi fut-elle envoyée à Cannes.

A la fin d'avril 1891, Mme G... fut prise d'oreillons. A cette date, elle ressentait quelques douleurs au ventre et celui-ci semblait grossir; ces douleurs étaient localisées à gauche. En juin de la même année, attaque de diphtérie d'ailleurs légère. Le ventre continue à grossir et les douleurs étaient localisées à gauche. A la fin de juillet, mon collègue, le Docteur OLLIVIER, constata l'exis-

tence d'une tumeur dans le flanc gauche; tumeur qui paraît augmenter en août.

Je vois la malade à la fin d'octobre 1891, elle me fut adressée par mes collègues et amis : MM. OLLIVIER et DEBOVE.

Au niveau de l'ombilic, remontant au-dessus et au-dessous de cette cicatrice, existe une tumeur du volume du poing, dépassant la ligne médiane, à droite, de 4 cm., et se prolongeant à gauche, de 10 cm. environ.

Cette tumeur est mobile de droite à gauche et de bas en haut. En haut et à gauche existe un large et solide pédicule qui remonte sous l'hypochondre. La tumeur est mate et résistante. Toute cette exploration est douloureuse, surtout au niveau du pédicule.

Je diagnostiquai un kyste, peut-être hydatique de l'épiploon ou de la rate, et je rejetai l'idée d'un déplacement du rein émise par mes collègues des hôpitaux.

Un point à noter, c'est que la malade disait souffrir de ce côté gauche, depuis le jour déjà ancien où, prenant une douche, un jet maladroitement lancé vint la frapper juste au point où s'est développée la tumeur actuelle. Pour Mme G..., il y a une relation absolue entre cette contusion et la lésion actuelle.

L'opération fut faite avec l'aide de mon ami et collègue, le Docteur GUÉRIN, le 16 novembre 1891.

Incision médiane sus et sous-ombilicale; le péritoine ouvert, on repousse à droite l'épiploon, l'estomac et les anses grêles de l'intestin. On arrive alors sur une tumeur arrondie, adhérente de tous côtés à l'épiploon gastro-splénique; ces adhérences furent assez facilement détruites. La tumeur rouge-brun fut ponctionnée et on en retire du sang avec des caillots; du reste, la poche kystique se déchire et le liquide s'écoule par cette déchirure. C'est un liquide noirâtre qui devient rutilant à l'air. La tumeur demi-vidée, le trocart s'étant obstrué par des caillots, la néoformation fut attirée au dehors et l'on vit qu'il s'agissait bien d'un kyste de la rate. Ce kyste semble formé par un décollement de la capsule et occupe la face concave de la rate, un peu hypertrophiée.

Excision, avec les ciseaux, de toute la paroi kystique et au ras de son insertion sur la rate; puis cautérisation de la section

et de la surface splénique incluse dans le kyste avec le thermocautère.

La rate, replacée dans l'hypochondre et le péritoine bien essuyé, on fit la suture de la paroi à trois étages.

L'intervention avait duré cinquante-six minutes.

Les suites immédiates furent excellentes, sauf des douleurs vives le premier jour. Mais le quatrième jour, la température monta par suite de l'apparition d'un abcès au niveau des deux points de suture, abcès qui fut suivi d'une induration profonde et d'accidents généraux de vomissements rebelles, évidemment réflexes.

Cette induration disparut à la longue, sous l'influence des révulsifs (vésicatoires volants répétés).

Le 20 décembre, la malade se lève, elle retourne chez elle le 30 décembre.

La convalescence est presque terminée à la fin de janvier 1892 et Mme G... se portait très bien en février et mars 1892; en août, après un long voyage et un deuil de famille, Mme G... offre quelques accidents thoraciques.

En mai, un de ses enfants, se jetant sur elle, lui contusionne la région splénique qui depuis lors est douloureuse.

J'ai revu Mme G... hier et ai constaté la persistance d'une hypertrophie légère de la rate, avec un peu de douleur à la pression; du reste, il n'y a plus de tumeur et l'état général est assez bon, quoique la malade soit toujours fort nerveuse.

L'examen du kyste a été fait avec soin : le liquide est constitué par du sang coagulé (fibrine) et du sérum, contenant des globules rouges et blancs, ceux-ci en proportion normale.

La paroi, en forme de tissu conjonctif à fibres intriquées, présentant des dépôts calcaires par places, sa face intérieure était tomenteuse et recouverte de fibrine.

ORLOFF

Une femme de vingt-sept ans, ayant accouché (pour la cinquième fois) il y a trois mois, ressent de vives douleurs le lendemain dans l'hypochondre gauche, augmentant à chaque inspi-

ration, accompagnées de fièvre et de frissons. Au bout de trois semaines, tumeurs douloureuses rapidement croissantes, causant de la dyspnée et de la tension abdominale, forçant la malade à rester au lit et la privant de sommeil et d'appétit, température normale mais pouls à 100-105.

La tumeur occupe la moitié gauche de l'abdomen, dépassant la ligne médiane de trois travers de doigt, descendant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, sans relations avec la sphère génitale, mate, séparée du lobe droit du foie par une bande de sonorité mais se continuant avec la matité de la rate et du flanc, élastique, immobile, douloureuse.

Laparatomie sur le bord externe du grand droit : on tombe sur un kyste fort adhérent à la paroi abdominale, à l'épiploon, au foie et à l'intestin grêle. L'incision donne issue à une énorme quantité de liquide brun foncé.

L'exploration permet de reconnaître que le kyste est développé aux dépens de la partie inférieure de la rate : au fond du kyste, une masse de caillots fibrineuse. Isolement aussi complet que possible du kyste, résection et marsupialisation du restant.

Guérison malgré la persistance assez longue d'une fistule.

Au microscope, le kyste se montre formé d'une couche de tissu conjonctif avec riche réseau vasculaire, en partie thrombosé; pas d'épithélium de revêtement interne mais, en maint endroit de la paroi, des îlots de tissu splénique.

SAUDERS. *British Journal of Surgery*, 16-1928

La malade, une fille de quinze ans, qui était encore récemment en bonne santé et qui n'avait jamais eu de maladie, fut prise un matin d'une vive douleur abdominale qui n'était pas précisément localisée, mais se rapportait à la partie basse de l'abdomen.

Sa température s'éleva à 39°, et elle parut d'abord pâle, mais ensuite se recolora. La douleur fut de courte durée et était tout à fait passée en une heure, la température était pendant ce temps redevenue normale. Aucune sensibilité ni contracture ne furent mises en évidence, mais on trouva une augmentation du volume

de la rate. Cet organe s'étendait environ un pouce et demi sous le rebord costal, occasionnant une légère saillie et une proéminence dans la région de l'hypochondre gauche. La tumeur n'était pas molle, il n'y avait rien pour indiquer que ce fut en rapport avec la douleur cruelle et l'élévation de la température.

Il n'y avait pas d'histoire de blessure récente ou passée, un examen cytologique du sang ne révéla rien d'anormal. La malade fut gardée en observation et examinée de temps en temps, et on trouva que la tumeur s'hypertrophiait tout doucement, mais aucun symptôme ne se présenta qui puisse donner lieu à une anxiété. Un examen aux rayons X ne donna aucune indication sur la tumeur.

Quelques semaines après la découverte de la tumeur, la malade fut examinée par le Professeur RITCHIE THOMPSON de Johannesburg, qui trouva que la tumeur pouvait être déplacée en avant et à droite de la ligne médiane. Elle semblait avoir une forme arrondie. Aucune distinction ne pouvait être faite, mais il était évident qu'elle était attachée à la région splénique par un pédicule défini. La tumeur n'occasionna la moindre douleur ni la moindre sensation désagréable, et la jeune fille semblait et se sentait parfaitement bien. Seuls les exercices physiques, en particulier la gymnastique, lui furent interdits, aucune autre précaution ne fut prise. La possibilité pour la tumeur d'être d'origine rénale fut envisagée. Il y avait absence totale de signes rénaux et la mobilité, la situation de la tumeur immédiatement au-dessous du rebord costal et contre la paroi abdominale faisait que l'origine splénique semblait beaucoup plus probable.

Le développement régulier de la tumeur appela une décision en faveur de l'opération.

L'abdomen fut ouvert par une incision verticale d'environ six pouces de long et un pouce sur la gauche de la ligne médiane; la tumeur fut promptement découverte. La partie supérieure de la rate apparut normale comme forme et consistance, mais la moitié inférieure était occupée par un kyste d'environ 4 pouces de diamètre. Le kyste était si mince par endroit que le liquide foncé apparaissait nettement à travers, à d'autres endroits il était opaque, blanc, épais, comme si le péritoine le recouvrant avait été le

siège d'une inflammation due au frottement contre la paroi abdominale. Le kyste s'étendait profondément dans la rate, en fait bien au-dessous du hile. Le liquide kystique fut évacué, il était d'un brun foncé avec des particules brillantes pouvant être des particules graisseuses ou aussi bien des cristaux de cholestérine; mais malheureusement aucun examen du liquide ne fut fait. L'enveloppe du kyste avait en moyenne 11/16 de ponce d'épaisseur, elle était dure et fibreuse, et d'apparence réticulée dans la partie profonde. Un essai qui fut fait pour extérioriser la partie la plus superficielle, montra que la paroi adhérait étroitement au tissu splénique et que l'enlever de cette manière causerait une grosse hémorragie et laisserait une surface très déchirée, saignante.

Regrettant d'enlever la rate entière si on pouvait l'éviter, on se décida à tenter la résection de la partie plus basse de la rate contenant le kyste. Le hile dans le voisinage du kyste fut pincé avec deux pinces artérielles et la portion supérieure fut saisie par les doigts de l'assistant. Le kyste, avec un lambeau de tissu splénique fut alors coupé. Les vaisseaux du hile, qui avaient été pincés, furent ligaturés. Les surfaces cruentées de la rate furent alors rapprochées intimement par des sutures de gros catgut, le même catgut passait sous les boucles des points comme pour servir de bouton et empêcher que ne lâchent les points de suture. Les bords furent alors rapprochés par un surjet et la plaie fut entièrement couverte avec le rebord du grand épiploon, relevé de dessous et intimement cousu en bas au moignon splénique.

La quantité de sang perdu fut minime, le patient supporta bien l'intervention, eut un rétablissement progressif, il n'a eu aucun signe depuis.

Le Docteur PYPER, qui aimablement examina les parois du kyste, constata qu'il était composé de tissu fibreux et n'avait pas de revêtement épithélial ou endothélial.

FINK. Assistant du Professeur GUSSENBAUER

Cette tumeur est apparue chez un garçon de quatorze ans qui, selon les dires de sa mère, avait toujours été bien portant. Cinq mois avant son admission (fin octobre 1888), une séance de gym-

nastique l'avait laissé endolori dans la région splénique. Peu de temps après, il avait découvert, en faisant sa toilette, fortuitement, une tumeur mobile dans l'hypochondre gauche. Le garçon présenta ensuite une température élevée, des malaises, des vomissements, de sorte qu'il lui fallut rester au lit. Au bout de cinq jours, ces symptômes disparurent et le garçon se sentit mieux. Il remarqua cependant que sa tumeur abdominale continuait à croître et que les symptômes, d'abord bénins, augmentaient d'intensité : les troubles constatés consistaient en douleurs dans la région splénique, suivies d'apnée dans le décubitus dorsal. Lorsqu'il était assis, le jeune garçon, pour rendre cette position supportable, était obligé de se courber du côté droit. La station debout demeurait par ailleurs facile ; l'appétit et les selles n'étaient pas modifiés, l'urine était émise fréquemment et en petite quantité. Dans la région habitée par le malade, d'altitude relativement élevée, aucun cas de malaria n'avait été constaté. Les traitements prescrits par divers médecins n'ayant apporté aucune amélioration, les parents se décidèrent à faire tenter une intervention.

Un examen précis du malade donna les résultats suivants :

Garçon relativement grand pour son âge, bien développé et bien nourri ; poumons et cœur normaux, pouls bien frappé, régulier (72 puls./min.).

A l'inspection de l'abdomen, on voit dans la moitié gauche de celui-ci une saillie oblongue qui s'étend du rebord costal gauche jusqu'à la ligne médiane et présente une largeur d'environ un travers de main au-dessous de l'ombilic. Une inspiration profonde soulève la paroi et la détache nettement de la tumeur sous-jacente.

A la palpation, on reconnaît une tumeur de surface lisse, très bien limitée, dont le contour reproduit celui de la saillie visible et qui porte en certains points des éminences arrondies ; elle mesure 25 cm. de long et 15 cm. de large ; son pôle supérieur est situé sous le rebord costal ; le contour inférieur atteint, comme il a été dit, la ligne médiane : il est situé à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'étend d'une largeur de main au-dessous de celui-ci.

La consistance de la tumeur est molle, élastique et nettement

fluctuante; aucune autre résistance n'est perceptible dans la cavité abdominale.

Si l'on percute en avant de la masse proéminente, on produit une sonorité tympanique au-dessus, au-dessous et en dehors de la tumeur, ainsi que dans l'hypochondre gauche. Dans ce même hypochondre, la sonorité intestinale est d'autant plus précise et plus facile à trouver qu'on repousse plus loin vers la droite la tumeur, facile à déplacer. Si on la dévie de façon à engager un peu sa limite supérieure sous le rebord costal, une zone de matité qui a la forme d'une langue s'établit, qui correspond à la rate par sa position et ses dimensions, et se continue insensiblement avec la zone de matité de la tumeur.

La mobilité de la tumeur, mentionnée plus haut, est très étendue, au point que si on déplace la masse de celle-ci vers la moitié droit de l'abdomen, le bord externe, gauche, coïncide avec la ligne médiane, cette mobilité très accentuée est obtenue dans toutes les directions.

Le fait de remplir l'intestin par une abondante absorption d'eau fait disparaître en partie et temporairement le tympanisme constaté le long des bords inférieur et gauche de la tumeur; cet effet disparaît avec l'eau elle-même. Aucune modification n'est provoquée par la présence de gaz dans l'estomac.

Le volume urinaire varie de 810 à 2.500 g./24 h., le poids spécifique du liquide de 1009 à 1017; il ne contient pas de constituants anormaux.

L'examen du sang révèle une teneur normale en hémoglobine; il n'y a aucune modification de la formule sanguine.

Les observations précédentes et, en particulier, le fait qu'il existe du tympanisme intestinal dans l'hypochondre gauche, et d'autant plus accentué qu'on repousse la tumeur plus loin vers la droite, ainsi que les particularités de la percussion, conduisent au diagnostic de *kyste splénique*. L'existence d'une hydro-néphrose du rein gauche demeuré en position normale pouvait être éliminée avec certitude; par contre, un rein hydronéphrotique déplacé pouvait s'accompagner d'un ensemble de symptômes analogues.

Le 10 novembre 1888, le Professeur GUSSENBAUER pratique la laparotomie, dans l'intention d'extirper la rate pathologique.

Une anesthésie profonde au bichlorure de méthylène provoque d'abord un sommeil calme, troublé ensuite par une respiration oppressée (*sic*), irrégulière, de sorte que l'intervention doit être interrompue deux fois.

L'ouverture de la paroi comporte une incision médiane de 15 cm. de long, commencée à un travers de main au-dessus de l'ombilic, qu'elle contourne à gauche. Aussitôt le péritoine incisé, apparaît au milieu de la plaie une tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant, de surface blanche brillante, située dans le péritoine, limitée en haut et en dedans par l'estomac et entourée partout ailleurs par les ondes intestinales. L'inspection manuelle convainc que la tumeur est située dans la moitié inférieure de la rate : la moitié supérieure, remontée sous le rebord costal, offrant un aspect normal, bien que son volume soit un peu augmenté. On sectionne donc près du hile splénique une partie du ligament gastro-splénique, après avoir posé trois ligatures. Un rameau de la bifurcation primaire de l'artère splénique qui, empruntant la moitié supérieure de ce ligament, pénètre la moitié intacte de l'organe, est conservé, et forme un pédoncule par lequel la tumeur peut être attirée hors de l'abdomen. On voit alors que la tumeur est très nettement limitée par rapport au parenchyme splénique et que ce dernier est convenablement irrigué. Ces constatations étant faites, le Professeur GUSSENBAUER s'oriente vers une conservation aussi étendue que possible de l'organe : cette tentative pouvait se justifier par l'expérience apportée par deux cas où des rates kystiques ayant été extirpées, des troubles de l'hématopoïèse (CRÉDÉ et PÉAN) et une hypertrophie de la thyroïde (CRÉDÉ) avaient été observés. Comme dans notre observation, le développement du kyste splénique n'avait provoqué aucune modification du sang décelable par nos moyens d'investigation, l'hypothèse était justifiée qu'une ablation totale de la tumeur et une conservation corrélative du tissu sain, hypertrophié, assureraient à l'organisme des conditions de vie aussi proches que possible de la normale. Aussi le Professeur GUSSENBAUER se décida-t-il à abandonner son projet

d'extirpation totale et à lui substituer une résection. Celle-ci, extrapéritonéale, fut pratiquée au moyen du thermocautère, la section se faisant selon le diamètre transversal, par le milieu de l'organe, l'hématose étant assurée simultanément par la thermocautérisation; seuls deux vaisseaux saignant abondamment, proches du hile, durent être fermés à la pince; l'intervention eut lieu sans incidents, sans aucune hémorragie, la rate étant ramenée à sa position et la paroi abdominale fermée par six sutures profondes et douze superficielles.

Dès l'abord, on pouvait supposer que deux facteurs pourraient agir défavorablement sur la cicatrisation : les hémorragies secondaires et l'infection. Cependant, la fermeture de la plaie se déroula de façon absolument normale. Les deux premiers jours, le malade présenta des ranvois de fréquence moyenne et une élévation du pouls minime; au neuvième jour, les fils furent enlevés : la cicatrisation s'était faite par première intention. A la fin de la troisième semaine, le malade put quitter son lit et, quatre semaines après, il sortait de la clinique : à ce moment, son état général était bon, son appétit était convenable, et ses autres fonctions normales. Il se sentait solide et pouvait rester longtemps debout sans fatigue; les troubles dont il se plaignait avaient disparu. On ne constatait et on n'a constaté depuis, ni gonflement des ganglions lymphatiques, ni augmentation de volume de la thyroïde. Sa formule sanguine, établie la veille de sa sortie, comportait : hématies 3.740.000; globules blancs 15.333; rapport 1/244. Le rapport fait sur l'état du malade six mois après l'intervention était satisfaisant; un de mes confrères a eu l'amabilité de me transmettre le bulletin suivant : « L'état actuel est bon, la « mine est fraîche et, au dire de la mère, bien meilleure qu'avant « l'opération, l'appétit et l'état de nutrition satisfaisants, les selles « sont régulières; l'abdomen n'est plus sensible, la matité splénique s'est un peu étendue vers le bas : elle commence le long « de la ligne axillaire antérieure au niveau de la huitième côte, « n'est pas élargie et déborde d'environ un travers de doigt au « dessous du rebord costal. La rate est vaguement perceptible à la palpation ».

L'examen histologique du sang a donné des résultats normaux :

le nombre des leucocytes n'est pas augmenté, celui des érythrocytes n'est pas modifié. Aucun gonflement ganglionnaire; pas de douleur osseuse au niveau du sternum ou des os longs. Thyroïde non hypertrophiée. Le garçon se plaint uniquement de douleurs dans la région glutéale gauche, et, en conséquence, éprouve une certaine difficulté à s'asseoir; pendant la marche, cette douleur est insignifiante : la marche est normale. Le garçon effectue sans difficulté un travail peu pénible.

L'aspect anatomique du kyste splénique réséqué est le suivant. Forme générale allongée, une face inférieure aplatie, une face supérieure représentée par la surface de section et une troisième face, convexe. La paroi inférieure, plane, correspond à la face concave normale de la rate et mesure 14 cm. sur 11 cm. Le long de ses bords, le tissu splénique résiduel est épais d'un travers de doigt, cette épaisseur étant notablement réduite dans la zone moyenne. La surface de section mesure 9 cm. sur 3,5 cm. et a l'aspect d'une coupe de rate normale. Ces deux faces sont réunies par une face convexe, qui limite une tumeur presque aussi grosse qu'une tête d'enfant. Ce qui la caractérise le plus nettement est sa coloration aberrante : sur une surface de 13 cm. sur 7 cm. à 8 cm., elle est blanche, alors que tout autour de cette zone s'étend une bande périphérique (*sic*) violet foncé; la limite entre ces deux teintes est nette et tranchée, mais son tracé est irrégulier. La surface de section est, elle aussi, de teinte sombre, ainsi que la face inférieure plane; cette dernière cependant est marbrée de taches blanches de la dimension d'une pièce d'un kreutzer (soit approximativement une pièce de 50 centimes : N. d. T.).

Le kyste a été ouvert par une section longitudinale effectuée le long de la grande convexité. Il en est sorti environ 1.500 gr. d'un liquide jaune-rouge. Il contient de nombreux globules rouges, la plupart hémichromatiques, de rares globules blancs et d'abondants cristaux de cholestérine; çà et là, on rencontre quelques caillots sur la paroi interne du kyste.

Au point de vue histologique, on nota un endothélium.

CONCLUSIONS

Les grands kystes non parasitaires de la rate sont rares, dans la proportion de 75 %, ils affectent les sujets jeunes, de dix à trente ans, c'est-à-dire ceux qui bénéficient, sans doute, le plus de la conservation d'un organe dont nous connaissons peu les diverses fonctions.

Qu'ils soient faux ou vrais, c'est-à-dire dépourvus d'un épithélium à leur face interne, cela intéresse l'anatomo-pathologiste, mais non pas le clinicien, puisque leurs symptômes sont identique; ni le chirurgien, puisque le traitement des deux variétés est le même.

Les très grands kystes, qui occupent une bonne partie de l'abdomen, se reconnaissent assez facilement (tumeurs immobiles, fluctuantes, à fleur de peau sous la paroi antérieure; à grand axe oblique de la pointe du cœur vers la fosse iliaque droite; fermant l'angle splénique du côlon qui est abaissé; entourant leur pôle inférieur de la guirlande du transverse; n'altérant pas la forme des pyélogrammes déviant à droite et inversant les courbures de l'estomac).

Les kystes moyens ou relativement petits, non exactement fixés, non fluctuants, (rénitents), donnent lieu à des difficultés de diagnostic; lorsque les modifications topographiques du côlon, l'intégrité des pyélogrammes, la juxtaposition de leur ombre en dehors de celle du rein ont fait diagnostiquer une rate (au lieu d'un rein),

il reste à déterminer à quelle variété de splénomégalie on a affaire. S'il n'y a pas d'altérations ganglionnaires, s'il n'y a pas de modifications de la formule sanguine, ou de modifications des réactions humorales, si, en définitive, *il s'agit d'une splénomégalie isolée*, en quelque sorte monosymptomatique, le diagnostic est impossible sans la ponction exploratrice.

Au cas habituel de position très antérieure et très superficielle, la ponction est légitime, mais il semble mieux de lui substituer la laparatomie exploratrice.

Le traitement est exclusivement chirurgical.

La splénectomie a été jusqu'à présent l'opération la plus faite. Mais nous pensons que cette mutilation a été parfois abusive. En cas de kyste polaire ou marginal, l'opération conservatrice est plutôt indiquée, sous la forme de la résection en collerette avec splénorraphie. Aussi sûre que l'opération mutilante, au point de vue de son action curatrice, elle a l'avantage de conserver un organe dont les fonctions sont certainement importantes chez des sujets jeunes, en pleine évolution.

Elle n'a jusqu'à présent donné que des succès.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :
CADENAT

Vu et Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AIEVOLI. — Ritorchi sulla funzione splenica in rapporto alla terapia chirurgica. (*Morgagni*, 76 : 911-913, July 39, 1934.)
- ANDRAL. — Précis d'anatomie pathologique. 1829, t. II, p.
- AUBERTIN, LACOSTE, SARIC. — Sur la prétendue fonction glyco-régulatrice de la rate. (*Sté de Biol. de Bordeaux*, séance du 16 nov. 1938; in : *Sté de Biol.*, n° 5, t. 130, p. 491, 1939.)
- BARADULIN. — Milzupsten nicht parasitären Uraprungs. (*Russ. Arc. f. Chir.*, 1906; *An. in Zentralblatt für Chir.*, 1908, XXXV, 243.)
- BARIÉTY, KOHLER (Denise). — Action de quelques agents pharmacodynamiques sur la motricité de la rate. (*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie*, janvier-février 1939, n° 1, p. 16.)
- BARCROFT. — Signification physiologique de la rate. (*Bruxelles Médical*, n° 13, 30 janvier 1938.)
- BELLOU. — Kyste séro-hématique de la rate. Incision. Guérison. (*Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1924, t. L, p. 881, rap. Basset.)
- BIRCHER. — Ein Beitrag zur Chirurgie der nicht parasitären Milzupsten. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1908, t. XCII, p. 323-352.)
- BLUM. — Opérations dans les affections de la rate. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1931, t. LVIII, 11 juillet.)
- BRANDBERG. — Contribution to the Knowledge of non parasitic Cysts of the spleen. (*Acta Chirurgica Scandinava*, 1928, t. LXIII, p. 346-373.)

- BUFALINI. — Rapports colon-rate dans le diagnostic des tumeurs de la rate. (*La Clinica Chirurgica*, octobre 1926, t. II.)
- DRIANCOURT. — Procédé opératoire des kystes de la rate. (*Thèse*, Lyon, 1902.)
- FUMAGALLI. — Cisti calcificate del polo inferiore della milza. Regione splenica. (*Atti a Memoire della Societa Lombarda de Chirurgia*, janvier 1934, t. II, p. 113-130.)
- FINK. — Ein Fall von Milz resektion. (*Zeitsch. für Heilk*, 10, 1890, p. 353-365.)
- HENSCHEN. — Chirurgie der Milz. (*VII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome*, 1926, vol. 1, p. 563.)
- HERFARTH. — Beitrag zur Chirurgie der Milz. (*Brüno Beiträge Klinische Chirurgie*, 1923, t. CXXVIII, p. 284.)
- JENTZER. — Chirurgie de la rate (splénectomie dans un cas de kyste non parasitaire). (*VIII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome*, 1926, vol. 2, p. 396.)
- JORDAN. — Exstirpation der Milz (int Burcher). (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten für Medizin und Chirurgie*, Band II.)
- KOSTITCH. — Quelques acquisitions expérimentales nouvelles concernant le rôle de la rate. (*Presse Médicale*, n° 34, 27 avril 1938.)
- KLIMMER. — Chirurgie de la rate. (*VII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome*, 1926, vol. 2, p. 412.)
- LAVALÉE. — Recherches nouvelles sur la physiologie de la rate. (*Le Concours Médical*, 26 mars 1939, n° 13, p. 885.)
- LEOTTA. — Chirurgia della Milza. (*VII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome*, 1926, vol. 1, p. 301.)
- LÉVY. — Zur operation grosser Milztumoren. (*Archiv für Klinische Chirurgie*, 1932, t. CLXX, p. 188-198.)
- LINDQUIST. — Un cas de lymphanglome de la rate. Splénectomie. Guérison. (*Acta Chirurgica Scandinavica*, 1937, t. LXXIX, p. 436-445.)
- LOMBARD. — Note sur un procédé de splénectomie sous-capsulaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1921, p. 827. Rapp. Lenormant.)

- NAGUMO. — Milzhilusunterbindung und partielle Resektion des Tumors beim transplantablen Manakarkinom. (*Graun*, 31 : 64-78, avril 1937.)
- ORLOFF. — Kyste de la rate d'origine non parasitaire. (*Chirurgina*, 1910, t. XXVII, p. 475-478; *An. in Journal de Chirurgie*, t. V, p. 216.)
- PAPAYOANNOU. — Chirurgie de la rate. (*VII^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Rome*, 1926, vol. 1, p. 261.)
- POTEREL, MAISONNEUVE. — Des kystes séreux de la rate. (*Thèse de Bordeaux*, 1898.)
- RICHER. — Kyste à cholestérine de la rate. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 10 mars 1927. Rapp. Patel; *Lyon Chirurgical*, 1927, t. XXIV, p. 542-544.)
- SANDERS. — A case of large, single (non parasitic) Cyst of the Spleen. (*The British Journal of Surgery*, 1928.)
- SANTY. — Splénectomie pour kyste vraie de la rate chez un enfant. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 12 décembre 1929.)
- SCHALITA. — Ueber exstirpation der Milz. (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1895, t. XLIX, p. 629.)
- RAMOND. — Tumeur de l'hypochondre gauche. (*Presse Médicale*, 1934, t. XLII, p. 75-76.)
- TERRIER. — Kyste séro-sanguin de la rate. (*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 1892, p. 661.)
- Kyste séro-sanguin de la rate. (*Semaine Médicale*, 1892.)
- VANVERTS. — De la splénectomie. (*Thèse*, Paris, 1897.)
- VOLKMANN. — Anatomische und experimentelle Beiträge zur Konservativen Chirurgie der Milz. (*Arch. f. Klin. Chir. Berl.*, 1923, CXXXV, 231-274.)
- WEEKS, STEINER, MANSFIELD, VICTOR. — Depressor effect of spleno-reno-pexyon hypertension due to renal ischemia. (*J. Exper. Med.*, 72 : 345-359, oct. 1940.)

